

**Wniosek o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu  
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**  
(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnosprawnej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko .....  
PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....  
Adres zamieszkania \* .....  
.....  
Telefon kontaktowy .....  
Data urodzenia .....  
Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym .....

**POSIADANE ORZECZENIE \*\***

- a) o stopniu niepełnosprawności ☐ znacznym ☐ umiarkowanym ☐ lekkim  
b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów ☐ I ☐ II ☐ III  
c) ☐ o całkowitej ☐ o częściowej niezdolności do pracy  
☐ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym ☐ o niezdolności do samodzielnej egzystencji  
d) ☐ o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia.

Korzystałem/am z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON\*\*

☐ Tak (podać rok) ..... ☐ Nie

Jestem zatrudniony/a w zakładzie pracy chronionej\*\* ☐ Tak ☐ Nie

Imię i nazwisko opiekuna .....  
(wypełnić, jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił .....zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia. \*\*\*

.....  
data

.....  
czytelny podpis wnioskodawcy

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* Właściwie zaznaczyć

\*\*\* Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne

**Wypełnia PCPR**

.....  
data wpływu wniosku do PCPR

.....  
pieczęć PCPR i podpis pracownika

**Uwaga! Wypełnia tylko:**

**PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY**

***(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),***

***opiekun prawny lub pełnomocnik***

Imię i nazwisko: .....

PESEL .....

Adres zamieszkania: .....

.....

Data urodzenia: .....

ustanowiony opiekunem prawnym\* / pełnomocnikiem\*: .....

.....

postanowieniem Sądu Rejonowego: .....

.....

z dn. .... sygn. Akt\* : .....

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza\* : .....

.....

z dn. .... repet. nr .....

.....

data

.....

podpis  
przedstawiciela ustawowego\*  
opiekuna prawnego\*  
pełnomocnika\*

---

\* niepotrzebne skreśli

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

### Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko.....  
PESEL albo numer dokumentu.....  
Adres zamieszkania\*.....  
.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\*\*:

- |                                                                     |                                                       |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu                   | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu    |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim |                                                       |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku                  | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe        |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna                         | <input type="checkbox"/> padaczka                     |
| <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia                 | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) .....<br>..... |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- ☐ Nie
- ☐ Tak - uzasadnienie .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* Właściwie zaznaczyć

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

**DO WNIOSKU O DOFINANSOWANIE UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM NALEŻY DOŁĄCZYĆ:**

1. Kopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego (oryginał do wglądu),
2. Kopię dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – dotyczy opiekunów prawnych, lub pełnomocnictwo (oryginał do wglądu),
3. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny,
4. Oświadczenie o pobieraniu nauki w przypadku osoby niepełnosprawnej w wieku 16-24 lat uczącej się i niepracującej,
5. Kartę oceny sytuacji społecznej wnioskodawcy/podopiecznego,
6. RODO